Aus dem ehemaligen Institut für Geschichte der Medizin
an der Universität Würzburg
Professor Dr. Sticker.

Dr. med. Karl Pichler
Arzt in Klagenfurt (1867–1929) und sein wissenschaftliches Werk

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Eugen Scherb

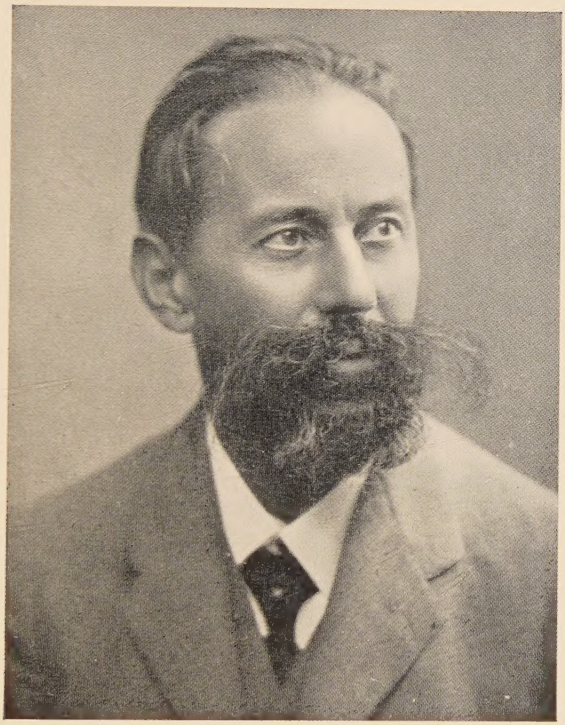
aus Wennedach (Württ.)

1939

Dissertations-Verlag Karl J. Triltsch, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Berichterstatter:
Professor Dr. Georg Sticker.



Karl Pichler

(1867—1928)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543516_0028

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

I. Leben.

Man hat oft gestaunt über die Erfahrung alter Praktiker, die, ohne einen Kranken zu berühren, eine Krankheit erkannten, die ein Jüngerer nach Applikation einer Anzahl von Instrumenten, nach öfterem Betasten, Behorchen, Beklopfen des Kranken übersah oder verkannte. Das sind die Männer, die das Leiden der Kranken „in ihren Augen lesen", die aus der Hautfarbe auf den Zustand der Herzklappen, aus den Gesichtsfalten auf ein Magenkarcinom, aus der Physiognomie auf eine Gehirnkrankheit schließen. Ihr Erfolg beruht auf einer sicheren Schätzung der allgemeinen Folgen krankhafter Prozesse für das Wachstum, die Ernährung, die Zirkulation, die Muskelinnervation des ganzen Körpers oder größerer Abschnitte desselben und auf der raschen Auffassung einer Anzahl kleiner, durch ganz örtliche Prozesse der Körperoberfläche aufgeprägter Krankheitszeichen, die wie Marken im Spiel ihren bestimmten Wert besitzen.

Karl Gerhardt, 1866.

Das unbewaffnete Auge ist mir noch immer das liebste Werkzeuge am Krankenbett.

Karl Pichler, 1923.

Lebensdaten.

Geboren: 17. November 1867 in Spittal an der Drau (Kärnten).

Schulen: Volksschule in Spittal,
Gymnasium Klagenfurt.

Studium: Universität Graz: 1885—1891,
Promotion: 14. März 1891.

Militärdienst: Einjährig-Freiwilligenjahr 1891/92,
Sommer 1891 mit der Waffe,
Winter 1891/92 als Assistenzarzt-Stellvertreter in Innsbruck.

Assistentenzeit:
Graz: Medizinische Abteilung unter Otto Rembold. Mai-Dezember 1892.
Wien: 2. Medizinische Klinik unter Neusser.
Krankenhaus Rudolfstiftung unter Friedrich Krauss. Juni 1892 bis Oktober 1894.
Prag: Medizinische Klinik der deutschen Universität unter v. Jaksch, Oktober 1894 bis Mai 1897.

Leitender Arzt: Primarius der innern Abteilung am Landeskrankenhaus Klagenfurt. Juni 1897 bis März 1929.
Landessiechenhaus (300 Betten).
Kriegsseuchenabteilung für Soldaten. 1914—1917.

Gestorben: 13. März 1929.

In jener für die Geschichte der Medizin so bedeutsamen und berühmt gewordenen Landschaft, wo um die Wende des Mittelalters zur Neuzeit der große deutsche Arzt Theophrast von Hohenheim, Paracelsus genannt, einen Teil seiner Jugendjahre verbracht und in den Schmelzhütten und alchimistischen Werkstätten die entscheidenden Eindrücke für sein späteres heilkundiges Wissen empfangen hat; wo ihm das Wesen der Bergsucht und der tartarischen Erkrankungen aufgegangen war; wo er, nach seinen weiten Wanderungen durch zwei Jahrzehnte in die Heimat zurückgekehrt, in den beiden Streit- und Trutzschriften „Irrgang der Ärzte" und „Sieben Defensiones" sein ärztliches Glaubensbekenntnis niedergelegt hat; wo er, auf das Versprechen der Kärtner Stände bauend, die Widmung der Kärntnerischen Chronik schrieb und im Herbst des Jahres 1538 auf seinem Südritt durch das Zollfeld längs der Glan sich nach Klagenfurt begab, um die Handschriften seiner letzten Werke für den versprochenen Druck bei der Landschaft zu hinterlegen; wo ihn endlich die letzte große Enttäuschung seines Lebens traf, ehe er die Heimat verließ, das unerfüllte Versprechen der Stände — auf diesem geschichtlichen Boden, in seinem „zweiten Vaterland", wie Paracelsus Kärnten stolz genannt hatte, liegt anmutig im Tal der Drau die kleine Markt- und Bezirksstadt Spittal, dasselbe Spittal, das Hohenheim auf seinem Weg nach Villach berührt haben muß, als er sich dort eine Urkunde über Leben und Tod seines Vaters Wilhelm ausstellen ließ. Die Stadt, die ihren Namen einem in ihren Mauern liegenden Hospital verdankt, das einst von den Grafen von Orthenburg erbaut worden war, ist Sitz eines Bezirksarztes. Hier wurde am 17. November 1867 als Sohn des Bezirksarztes Pichler der nachmalige Internist Karl Pichler geboren, dessen Lebensgang und wissenschaftliche Bedeutung in diesen Blättern darzustellen versucht wird.

Karl Pichler besuchte die Volksschule seiner Heimatstadt; die Gymnasialstudien absolvierte er in der Hauptstadt Kärntens, in Klagenfurt, wo sich ein Obergymnasium und zahlreiche andere Bildungsanstalten befanden. Wahrscheinlich hat er damals den Grundstock für die ihm eigene Sprachvertrautheit gelegt. Dieser Zug tritt in seinen wissenschaftlichen Erörterungen und in den Vorarbeiten dazu immer wieder hervor, wenn es galt, unbekannte Ausdrücke der Volkssprache oder ungewohnte Namen der Wissenschaft zu deuten oder zu erklären. Vielleicht ist auch damals in Klagenfurt schon wo Erinnerungen der Vergangenheit als Denkmäler, Kirchen und

Museen auf Schritt und Tritt ihn umgaben, sein Interesse für die Heimat- und Landesgeschichte erwacht, von dem spätere Veröffentlichungen ein beredtes Zeugnis ablegen.

Zusammen mit seinem um ein Jahr älteren Bruder Alex, später Augenarzt in Klagenfurt, bezog Pichler 1885 die Steiermärkische Karl-Franzens-Universität Graz. Die medizinische Fakultät an der dort 1585 gegründeten, aus einem Jesuitenkolleg hervorgegangenen Universität, die lange Zeit nur mit einer theologischen und philosophischen Fakultät ausgestattet war, bestand erst seit dem Jahre 1863. Bis dahin hatten Widerstände und finanzielles Unvermögen, den Wunsch der Landschaft Steiermark nicht achtend, die Errichtung einer medizinischen Fakultät immer wieder vereitelt und hinausgeschoben. Nach 1848 war dies erneut trotz enttäuschter Hoffnungen des Landes geschehen. Erst 1863 erlebte die Grazer Universität die Gründung der medizinischen Fakultät, die am 13. Januar feierlich eröffnet wurde, wobei der damals schon lang auf der Höhe seines Ruhmes stehende Wiener Pathologe Rokitansky der jungen Fakultät zu Gevatter stand.

Die neue Fakultät war damals noch stiefmütterlich mit Instituten ausgestattet. Aber die anfänglich geringe Frequenz hatte für die Studierenden doch auch einen Vorteil. Der Darsteller der Geschichte der Grazer medizinischen Fakultät Viktor Fossel nennt das Zusammenwirken von Dozenten und Schülern, gewiß zum Gewinn der letzteren beitragend, eine Idylle, in welcher Meister und Lehrlinge einem Familienzirkel ähnlich einander sich anschlossen. Daß aber dabei, besonders infolge der Raumnot, manches im argen lag, muß späteren Urteilen einstiger Schüler entnommen werden, die z. B. in Erinnerung an das Studium in der pathologischen Anatomie sagen: „Der einst darin beteiligt gewesen, denkt wahrlich nur mit gemischten Empfindungen an die Leichenkammern und ihre dem Geruchsinn so aufdringlichen Adnexe zurück". Aber schon das zweite Jahrzehnt der Fakultät wies eine zunehmende Frequenz auf. Der erfolgte Neubau eines pathologischen Instituts führte aus den beengendsten Verhältnissen heraus. Das dritte Jahrzehnt, in das die Studienzeit Pichlers fällt, brachte den Umbau des Allgemeinen Krankenhauses. Aber auch während Pichlers Studienzeit müssen noch Mängel an klinischem Lehrmaterial und Notstände an den Instituten der theoretischen Fächer geherrscht haben. Dennoch hatte in diesen Jahren die Zahl der Medizinstudierenden in Graz das halbe Tausend schon erreicht, eine Tatsache, die bei den geschilderten Umständen gewiß für einen fruchtbaren Lehrbetrieb und für ausgezeichnete Lehrer spricht.

Von Pichlers Hochschullehrern ist zu nennen Emil Zuckerkandl, 1882—1888 Professor für beschreibende Anatomie in Graz. Über den Studiengewinn aus dieser Zeit äußert sich Pichler selbst

später: „Von meinen ersten Hochschuljahren her bewahrte ich eine besondere Vorliebe für die systematische Anatomie, welche ich in der Grazer anatomischen Anstalt unter Zuckerkandl und dessen Prosektor Eberstaller betrieben habe." Das gründliche Eindringen in dieses Studiengebiet hat später reiche Früchte getragen in seiner Anatomie am Lebenden. — Aus dieser Vorliebe sind hervorgegangen die Studien über den Achselbogen- und den Sternalismuskel, seine Mitteilungen über den Leberschatten, über Berufszeichen usw. (Vgl. Teil II.)

Nachhaltigen Einfluß hat während seiner Studienzeit auf ihn der damalige Grazer Pathologe Hans Eppinger ausgeübt. Eppinger, der in Graz 30 Jahre gelehrt hat, verstand es mit großem Eifer und Erfolg in den Schülern ein dauerndes Interesse an dem Fundament der ärztlichen Erkenntnis zu erwecken, ihre Arbeiten zu unterstützen und dabei die eigene Forschungsfreude zu wahren. Pichler sagt darüber: „Von den Hilfswissenschaften bildete ich mich in pathologischer Anatomie, soweit es Hand und unbewaffnetes Auge ermöglichen, eifrig bei Eppinger und später bei Chiari (Prag), so daß ich durch vierzehn Jahre (1897—1911) die zahlreichen Leichenöffnungen meiner Krankenabteilung selbst vornehmen konnte". Später, als Pichler schon selbst Leiter einer großen Krankenabteilung war, ist er wieder in Gedankenaustausch mit seinem früheren Lehrer getreten, hat über den erwähnten praktischen Erfolg des Pathologiestudiums hinaus auch wissenschaftlich weitergearbeitet, wovon zahlreiche Veröffentlichungen Zeugnis ablegen: Zur Klinik und pathologischen Anatomie des Rheumatismus der Halswirbelsäule, Die Schusterbrust eine Fabel, Über Muskelfettgeschwülste, Einseitiger Schwund des Wangenfettpfropfs, Veränderungen der Gesichts- und Schädelknochen nach alten Lähmungen des 7. Hirnnerven usw. (vgl. Teil II).

Pichlers zahlreiche Arbeiten über Anatomie am Lebenden, über Berufszeichen (Narbenbrücken in den Zwischenfingerfalten bei Kuhmägden, Rußeinlagerungen in die Haut bei Schornsteinfegern usw.) vermögen überzeugend den Gewinn darzutun, der dem Arzt zuteil wird, wenn er fähig geworden ist, die Früchte der beiden getrennten Studiendisziplinen, der normalen und pathologischen Anatomie, in der Pflege des Schauens und Tastens am Krankenbett (Pichler) in idealer Vereinigung zu verwerten. Was ihm in dieser Übung sein Lehrer Otto Rembold, besonders während seiner Assistentenzeit an dessen Klinik, geworden ist, soll noch dargestellt werden.

Neben gründlicher Ausbildung in der Anatomie widmete sich Pichler schon als Student besonders der medizinischen Chemie, deren Fachvertreter damals Karl B. Hofmann war. Dieser galt als ein geistreicher Lehrer, der in der Fachliteratur eine angesehene

Stellung einnahm. Den jungen Studenten mag an Hofmann auch dessen universelle Bildung und Kenntnis der klassischen Quellen angezogen haben. Jedenfalls war Pichler schon als Doktorand an Hofmanns Lehrkanzel Assistent. Später, besonders während seiner Wiener und Prager Lehrjahre bei Friedrich Krauss und v. Jaksch, mag ihm die genossene Ausbildung auf diesem Gebiet zustatten gekommen sein.

Pichler beendete sein medizinisches Studium zugleich mit seinem Bruder am 14. März 1891 in Graz durch Erlangung der Doktorwürde für die gesamte Heilkunde. Die Abgabe einer Dissertation zwecks Promotion war an den österreichischen medizinischen Fakultäten nicht vorgeschrieben. Pichler hat demnach eine solche auch nicht eingereicht.

Nach seiner Promotion leistete Pichler sein Einjährig-Freiwilligenjahr ab, im Sommer 1891 mit der Waffe, im Winter 1891/92 als Assistenzarzt-Stellvertreter im Garnisonsspital in Innsbruck.

Unmittelbar nach Ableistung seiner Militärdienstzeit kam Pichler als Aspirant an die Klinik von Professor Rembold nach Graz, wo er damals zugleich im Bakteriologischen Institut bei Klemensievicz wirkte.

Jene acht Monate, die Pichler im Jahre 1892 bei Otto Rembold in dessen medizinischer Abteilung lernend verbrachte, waren die entscheidenden für seine spätere ärztliche Wirksamkeit. Er sagt darüber: „Für das Fach der innern Krankheiten gewann mich ungewollt mein Lehrer Otto Rembold, ein Skoda-Schüler von umfassendem Wissen und beispielgebender Bescheidenheit, kein blendender Redner, aber ein Muster von unbestechlicher Wahrheit". An einer anderen Stelle schreibt er über diesen verehrten Lehrer: „Von meinen Lehrern im Sonderfach der innern Krankheiten übte den mächtigsten Einfluß auf mich Rembold, welchem ich in der Pflege des Schauens und Tastens am Krankenbett nachzueifern mich bestrebte."

An dieser Stelle mag es angezeigt sein, ein Bild dieses bedeutenden Klinikers und Skoda-Schülers zu zeichnen, wie es im Rahmen der vorliegenden Untersuchung über Dr. Karl Pichler notwendig ist, zumal Rembold in den biographischen Lexika nicht erwähnt ist. Dem Forscher Otto Rembold (1834—1904) verdankt die Literatur chemisch-pharmakologische Arbeiten, die Wissenschaft mehrere klinische Beobachtungen, z. B. über Anämie der an Anchilostomum duodenale erkrankten wälischen Ziegelarbeiter. Fossel urteilt über ihn: „Er war ein gewiegter Diagnostiker, von nüchternem Urteil und ungewöhnlicher Belesenheit. Seine Literaturkenntnis war bekannt; weniger bekannt in der heutigen Generation, daß er anfangs der achtziger Jahre besondere Vorlesungen über Geschichte der Medizin abhielt, die Bildung des Mediziners wesentlich vertie-

fend." Fügt man zu diesem Bild das Zeugnis hinzu, das Knappitsch in den Mitteilungen der Ärzte in Steiermark dem Kliniker Otto Rembold ausstellt, so mag man verstehen, daß beide, der Forscher und der Mensch in diesem Lehrer, den jungen Arzt besonders anziehen mußten. Knappitsch schreibt über Rembolds Lehrtätigkeit in Graz: „Bekannt war seine überaus scharfe und hervorragende Beobachtungsgabe auch bei sehr schwierigen und komplizierten Krankheitsfällen. Stellte Rembold eine Diagnose, so war sie auch ausnahmslos richtig. Bekannt war die Bemerkung des Grazer Anatomen Eppinger: Wenn Professor Rembold die Diagnose gemacht hat, kann ich mir die Sektion füglich ersparen. Seine hoch interessanten Vorträge waren stets danach eingerichtet, daß er, die verschiedensten Möglichkeiten in Betracht ziehend, die einzelnen Gesichtspunkte erörterte. All sein Tun und Lassen war von rührender Schlichtheit und fast übergroßer Bescheidenheit, ein Feind jeglicher Reklame und jedes äußerlichen Aufputzes." Seine Fähigkeiten und Leistungen wurden infolgedessen oft nicht genügend gewürdigt und später verschwiegen oder vergessen.

Was dieser Hochschulleherer seinen Schülern und der Wissenschaft gewesen ist, das bezeugt die ärztliche Wirksamkeit Pichlers und dessen Lebenswerk. Nicht treffender kann dieser Einfluß auf den Werdegang Pichlers charakterisiert werden als mit Stickers Worten im Nachruf: „Als Schüler Rembolds in Graz hörte er den hippokratischen Befehl: erst schauen, dann handeln! Er ist ihm still und ernst gefolgt. Zahlreiche Arbeiten über Anatomie am Lebenden, Berufszeichen am Körper, Untersuchungsweisen geben davon Kunde."

Nach seiner Ausbildung bei Rembold begab sich Pichler im Januar 1893 zur weiteren Fortbildung, vielleicht auf Rembolds Rat, nach Wien, wo in den fünfziger Jahren Pichlers Vater studiert hatte, jener Universität, die während Rembolds Lernzeit und seiner ersten Entwicklung als klinischer Forscher die glänzendste Epoche der Wiener medizinischen Fakultät erlebt hatte. Dort hospitierte Pichler zunächst an der zweiten medizinischen Klinik bei Edmund Neusser. Dieser war ein Schüler Drasches und bekannt durch Arbeiten über Blutpathologie und Pellagra.

Den übrigen Teil seines zweijährigen Wiener Aufenthalts verbrachte Pichler im Krankenhaus Rudolfstiftung unter Professor Friedrich Krauss. Über ihn sagt Fossel: „Ärztlich hochgebildet, von lebhafter Gemütsart und in der Debatte von überlegener Gewandtheit, wirkte er besonders durch seine Persönlichkeit. Ohne jegliches Zutun übte er, wo immer, auf seine Umgebung einen dominierenden Einfluß". Bei Krauss hatte Pichler Gelegenheit, seine bei Hofmann genossene Ausbildung in Chemie zu verwerten und zu vertiefen, zumal Krauss mit Vorliebe chemisch-physiologische Pro-

bleme bearbeitete, z. B. Blutalkaleszenz, Sauerstoffkapazität des Blutes usw.

Ende des Jahres 1894 nach seiner Wiener Assistentenzeit erfüllte sich Pichlers Lieblingswunsch. Er wurde erster Assistent bei Hofrat von Jaksch in Prag. Rudolf v. Jaksch war während Pichlers Studienzeit Professor der Kinderheilkunde in Graz gewesen. 1889 kam er als Professor der innern Medizin und als Vorstand der Medizinischen Klinik an die deutsche Universität Prag. Hier wurde auf dessen Veranlassung eine neue Klinik mit modernster Ausstattung erstellt. Ob Pichler noch den Segen dieser Neueinrichtung genossen hat, darüber fehlen Angaben. Wieder hat er hier seine chemischen Kenntnisse in den Dienst der Forschung gestellt, der von Jaksch eifrig oblag. An der Jaksch'schen Klinik ist jedoch noch in einer anderen Richtung geforscht und gelehrt worden, die sich mit der bei Rembold erworbenen Pflege des Schauens und Tastens berührte. Pichler äußert sich über dieses Verfahren der Krankenuntersuchung: „An der Klinik unseres Meisters ist stets mit Eifer und Liebe im Einzelfalle nachgeprüft worden, ob nicht der Beruf, die tägliche Arbeit zu Krankheitsveränderungen geführt haben. Zeuge dessen sind die zahlreichen Arbeiten, welche im Laufe der Jahre Prof. v. Jaksch teils selbst, teils durch seine Schüler hat erscheinen lassen. Das schöne Werk J. Löwys, „Die Klinik der Berufskrankheiten" (1924) läßt in jedem Abschnitt die reichen Erfahrungen erkennen, welche auf diesem Gebiet in der Klinik gesammelt wurden." Durch damalige und vielleicht schon frühere Beobachtungen angeregt, hat Pichler selbst später solche Beiträge geliefert: Typische Pigmentierungen der Wangenschleimhaut bei Tabakkauern, Die Schusterbrust eine Fabel, Rußeinlagerungen bei Rauchfangkehrern. (Vgl. Teil II.)

Mehr als sechs Jahre hatte Pichler seiner Ausbildung gewidmet zuletzt 2½ Jahre unter Jaksch in Prag. Was er damals im stillen in der Fremde erhofft haben mag, geschah: Die Heimat rief ihn (1897). Das Internat des Landeskrankenhauses in Klagenfurt, das bisher Primärarzt Birnbacher innegehabt hatte, war frei geworden. Nun berief der damalige Landesausschuß Dr. Karl Pichler auf diesen Posten. Damit war Pichler wieder in seiner engeren Heimat, in der Stadt, wo er einst seine Studien begonnen hatte. Der neue Primärarzt war noch nicht 30 Jahre alt; mehr als 30 Jahre war ihm hier zu wirken bestimmt. Über die Zusammensetzung seines Krankengutes äußert er sich später: „Als ich vor über einem Vierteljahrhundert an unser Landeskrankenhaus kam, bekam ich es vorwiegend mit Pfleglingen aus dem landwirtschaftlichen, dem bäuerlichen und dem forstlichen Beruf zu tun, weniger mit den gewerblichen oder Werksarbeitern." Während der Leitung des Internats durch Pichler war Primärarzt Dr. Palla als Chirurg am Lan-

deskrankenhaus. Über Jahrzehnte hin betreute Pichler in Klagenfurt das Landessiechenhaus mit über 300 Betten. Während des Weltkriegs leitete er außerdem eine große Kriegsseuchenabteilung in Klagenfurt. Welche Arbeitsbürde dabei auf ihm lag, mag man seiner Bemerkung entnehmen: „Trotzdem in den Kriegsjahren die Behandlung der oft überreichlich zuströmenden Kranken wiederholt meine Arbeitszeit und -kraft stark beanspruchte, bin ich der Suche nach dem Sternalis doch treu geblieben." Über jene bewegte Zeit schreibt er an einer anderen Stelle: „Im großen Krieg sind meine männlichen Kranken im Gegensatz zu den Friedenszeiten ein buntes Völkergemisch geworden." Seine Seuchenabteilung lieferte ihm an 1500 Typhus-, hunderte von Ruhr-, 20 Fleckfieber-, 15 Blattern-, ebenso viele Cholerafälle u. a. m. In seinem Nachlaß befinden sich zahlreiche Krankenlisten und Krankengeschichten, welche Typhus abdominalis, Ruhr, Fleckfieber, Pocken zum Gegenstand haben; dazu zahlreiche Blätter in Kurzschrift, Vorarbeiten für eine Seuchengeschichte der Kriegszeit in Kärnten.

Im letzten Kriegsjahr trat Pichler mit Prof. Dr. Georg Sticker in Münster in Westfalen, dessen „Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre" seit dem Jahre 1908 erschienen, in wissenschaftlichen Verkehr. Pichler beabsichtigte damals, seine Erfahrungen aus dem eigenen Kriegslazarett zu veröffentlichen. Er wurde 1919 Mitglied der Gesellschaft für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, die von Karl Sudhoff gegründet, bekanntlich als Abteilung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte tagt. Dem Zustandekommen einer von Prof. Georg Sticker gewollten „Gesellschaft für Epidemiologie" neben Sudhoffs Sektion hat neben dem Marinestabsarzt Dr. Gleitsmann in Kiel (1877—1937) Karl Pichler lebhaften und hilfreichen Anteil gewidmet. Diese Gesellschaft trat mit 24 Mitgliedern am 21. September 1923 in Innsbruck zum ersten und letzten Male zusammen.

Neben der ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit hat Pichler sorgfältig die Ausbildung der jungen Ärzte seiner Station und die Fortbildung der praktischen Ärzte innerhalb des Kärntner Ärztevereins gefördert, wo er häufig Vorträge gehalten und Patienten vorgeführt hat. Als Anerkennung seiner Verdienste wurde ihm 1917 das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens verliehen. 1928 sprach ihm die Kärntner Landesregierung den Dank des Landes aus. Aber der so Geehrte war damals schon ernstlich krank. Schon sechs Jahre vorher hatte sein Leiden, eine tuberkulöse Hüftgelenkerkrankung, begonnen. Der Übergang der Krankheit auf Beckenteile und Enddarm zwang ihn endlich auf ein zehnmonatiges Siechenbett. Am 13. März 1929 erlag er seinem Leiden, mit den Tröstungen seiner Religion versehen. Am 16. März 1929 wurde der Verstorbene in der Pichler'schen Familiengruft in Annabichl beigesetzt.

Mit Dr. Karl Pichler war ein Arzt im wahren Sinne des Wortes dahingegangen. Die „Freien Stimmen" in Klagenfurt heben in ihrem Nachruf hervor, daß er stets sein ganzes Wissen und Können für das Wohl seiner Kranken einsetzte. Die Erfüllung dieser ärztlichen Pflicht wird freilich als selbstverständlich angesehen, aber sie bedeutet doch in der von Pichler geübten Kunst der Krankenuntersuchung etwas Besonderes. Einzelne Stimmen haben darum auch bald seine Verdienste gebührend gewürdigt. Die heimische Ärzteschaft schrieb in ihrem Nachruf: „Seine hervorragenden Leistungen als Arzt und ganz besonders in seinem Spezialfach haben seinen Namen über die Landesgrenze hinausgetragen." Prof. Sticker sagt in seinem Nachruf: „Die Höhe seiner Erfahrungen und seines Wirkens bezeichnete die Leitung seines großen Kriegsseuchenlazaretts." — Was er in seiner Eigenschaft als Arzt dem Ärztestand gewesen ist, mag der schon erwähnte Umstand dartun, daß Pichler mit Sorgfalt stets um die Ausbildung und Fortbildung der Ärzteschaft bemüht war. Selbstbewußt und doch bescheiden, ein, wenn auch mitunter scharfer, aber nie kränkender Kritiker, hat er sich große Verdienste in langen Jahren um den Ärztestand erworben als überaus tätiges Mitglied der Ärztekammer. Lebhaft beteiligte er sich an allen Fragen des ärztlichen Standes und der ärztlichen Wissenschaft.

Die seltene Meisterschaft, die das ärztliche Wirken Pichlers ausmachte, lag auf dem Gebiete der unmittelbaren Krankenuntersuchung, eine Tatsache, welche durch das dieser Untersuchung vorangestellte Bekenntnis Karl Gerhardts und Pichlers angedeutet wurde. Die Inspektion und Palpation, „die Pflege des Schauens und Tastens am Krankenbett" — Pichlers eigene, schon wiederholt angeführten Worte — beherrschte er in einem Maße, daß ihm beim bloßen Beschauen Krankheitszeichen auffielen, die andere nicht beobachteten und ohne diese Übung der Inspektion nicht beobachten konnten. Das sorgfältige und planmäßige Vorgehen bei seinen Krankenuntersuchungen soll an einigen Stellen aus Pichlers eigenen wissenschaftlichen Erörterungen aufgezeigt werden. So sagt er einmal: „Ich habe es mir am Krankenbett zur Gewohnheit gemacht, die Kranken auf die Formverhältnisse nicht bloß des Stammes, womit sich der innere Arzt gewöhnlich begnügt, sondern auch der Arme und Beine zu prüfen." An einer anderen Stelle schreibt er: „Ich hatte es mir seit Jahren immer zur Regel gemacht, die Formen der Körperoberfläche, besonders des Brustkorbs, bei jedem Kranken sorgsam zu beachten." In seinem Aufsatz über die Hufeisenniere führt er v. Noordens Äußerung beistimmend an: „Ich meine, es bleibt nur ein geringer Prozentsatz von Krankheiten der Abdominalorgane, wo die weit kompliziertere Methode der Röntgendurchstrahlung Tatsachen ans Licht bringt, welche eine geübte Hand nicht palpatorisch finden könnte." Gerade in dem erwähnten

Aufsatz, wo Pichler über selbst beobachtete Hufeisennieren berichtet, sehen wir, wie zielbewußt seine Untersuchungsweise war: „Ich glaube, daß ich nicht zuviel behaupte, wenn ich sage, daß heutzutage kein innerer Arzt die Untersuchung irgend eines Kranken abschließt ohne den Versuch gemacht zu haben, wenigstens die rechte Niere zwischen die Finger zu bekommen." Ebenda erklärt er das bisher seltene Diagnostizieren der Hufeisenniere mit dem Umstand, daß man die vordere Fläche der Wirbelkörper in der Bauchhöhle nicht gewohnheitsmäßig abtastet, also das beweisende Querstück des Hufeisens überhaupt nicht unter die Finger bekommt. „Man begnügt sich, zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule die Niere gefühlt zu haben und versäumt es, deren unteres Ende zu umgrenzen; unter besonders günstigen Umständen wird es selbst möglich sein, daß der Arzt durch den bloßen Blick auf die Hufeisenniere hingelenkt wird." Aus letzter Bemerkung geht hervor, welche Bedeutung er insbesonders der Inspektion zugeschrieben hat. Immer wieder stößt man in seinen Schriften auf diese Tatsache. Er spricht einmal davon, daß bei Betrachtung der Mundhöhle zwar die Zunge und die Mandeln betrachtet werden, aber die Schleimhaut der Wange stiefmütterliche Beachtung findet. Ihm sind hier bei der Addison'schen Krankheit Hämorrhagien aufgefallen, bei Tabakkauern Pigmentierungen. Als Früchte seiner Beobachtungskunst seien weiter erwähnt: Narbenbrücken in den Zwischenfingerfalten bei Kuhmägden, Schwielen auf der Scheitelhöhe bei Lastenträgern, Pigmentierungen von Fingerhaut und Nägeln durch pflanzliche Stoffe, das Vorkommen des Leberschattens, Gesichtsveränderungen bei Facialislähmung und Gichtknötchen am Ohr. Seiner Inspektion sind vor allem die ungewöhnlich hohen Beobachtungszahlen des Vorkommens von Achselbogen- und Sternalismuskel zu verdanken. J. Frank nennt Pichler geradezu den wohl der Zeit besten Sternaliskenner am Lebenden. Die Inspektion führte ihn auch zum Auffinden von Zystizerkenknötchen: „Seit Jahren pflege ich bei den Krankenuntersuchungen auch sorgsam die Muskeln zu beachten und sie auf Vorhandensein von Finnen zu prüfen."

Daß der Untersucher dabei nie bei der Prüfung des kranken Organs oder bei Erforschung dessen, was ihn sonst wissenschaftlich interessierte, stehen blieb, geht aus seiner Bemerkung hervor, wo er von dem Arzt pricht, welcher gewohnt ist, über den kranken Körperteil die Betrachtung des übrigen Körpers nicht zu verabsäumen.

In seinem Vortrag über die Oberschlüsselbeingrube, gehalten im Kärntner Ärzteverein, führte Pichler einleitend aus, welche Rolle er auch heute bei den sonst noch zur Verfügung stehenden Untersuchungsmitteln der Inspektion und Palpation zuschreibt: „Viele für den Arzt wichtige Verhältnisse des Einzelfalles bleiben ungeklärt, wenn diese einfachen, den Kranken zudem meist wenig oder gar

nicht belästigenden Verfahren unterlassen werden. Diesem Grundsatz bin ich als Arzt je länger, desto mehr treu geblieben. Im Zeitalter der Röntgenstrahlen, wo durch diese eine ganze Umwälzung in der Untersuchung nicht bloß der chirurgisch Kranken herbeigeführt wurde, wo das Röntgenverfahren sich vielfach mit Recht den Namen Bioskopie errungen hat, mag es vielleicht nicht am Platze, vielleicht sogar als rückständig erscheinen, wenn ein älterer praktischer Arzt dem angehenden wie dem fortgeschrittenen Fachgenossen die alte einfache Betastung und Besichtigung mit freiem Auge warm empfiehlt. Es mehren sich aber doch besonders von chirurgischer Seite die Klagen, daß die angehenden Ärzte auf die Röntgenbilder bauend und durch deren Genauigkeit verwöhnt, an den Schulen es jetzt häufig unterlassen, das Schauen und das Tasten gründlich zu erlernen, was sie später im Berufsleben oft schmerzlich vermissen, wo ihnen nicht stets eine vollkommene Röntgeneinrichtung wie im klinischen Krankenhause zur Verfügung steht."

Neben der ärztlichen Tätigkeit am Krankenbett war Pichler wissenschaftlich tätig. Seit langer Zeit besuchte er alljährlich die Tagungen des Deutschen Kongresses für innere Medizin in Wiesbaden; ebenso nahm er an den Tagungen der Naturforscher und Ärzte teil, wobei er auch wiederholt Vorträge gehalten hat. In der ärztlichen Kunst die Gründe und die geschichtlichen Wurzeln zu finden, war ihm wachsendes Bedürfnis. Darum hat er sich nach dem Kriege der Gesellschaft für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften angeschlossen und deren Tagungen dankbar beigewohnt. Ernst und Verantwortung, Strenge gegen sich selbst und gegenüber fremden Urteilen zeichnen seine Forschungen aus. Das bezeugen Entwürfe zu seinen Aufsätzen, seine in den Veröffentlichungen niedergelegten Bemerkungen und seine Forschungsweisen. Als ein Beispiel sollen seine Untersuchungen über Tabakpigmentierungen angeführt sein. 18 Jahre lang beobachtet und sammelt er; dann schließt er sämtliche möglichen Addisonfälle aus, die auch Pigmentierungen zur Folge haben können. Die bisherige Meinung, daß jene bei den in der Tabakindustrie Beschäftigten beobachtete Pigmentierung an der Fingerhaut auf Berührung mit Tabak beruhe, lehnt Pichler ab mit der Begründung: „Ich habe mich nicht damit begnügt, daß ich von der gelbbraunen Farbe bei den Arbeiterinnen der hiesigen großen Tabakswerke nichts gesehen hatte, welche im Laufe der Jahre in meine Behandlung getreten waren. Ich habe vielmehr bei dem mir befreundeten Leiter des Werks mich über die Arbeitsbedingungen erkundigt, durch diesen noch mehrfach Prüfungen vornehmen lassen und kann also sagen, daß solche Färbungen nur dann vorkommen, wenn die Betreffenden Raucher sind."

Zur Widerlegung der Schusterbrust hat er sich nicht damit begnügt, daß er diese Verbildungsform bei Schustern nie gefunden

hat, sondern er hat sich an Ort und Stelle in der Werkstätte und durch eingeholte Erkundigungen bei Handwerksmeistern davon überzeugt, daß eine Ursache zur Verbildung des Brustkorbs im bisherigen Sinne bei der Arbeit des Schuhmachers nicht vorliegt. In ähnlicher Weise hat er für seinen Aufsatz über Pigmentierung durch pflanzliche Stoffe bei Landwirten, Gärtnern und Hausfrauen vielfach Umfrage gehalten.

Sein Beitrag über die Bedeutungslosigkeit des „Radiergummizeichens" beim Fleckfieberkranken ist ein Beweis dafür, wie Pichler auch allgemein genehmigte Anschauungen stets noch einer eigenen Nachprüfung unterzogen hat.

Zurückhaltung und Vorsicht in der Stellung seiner Diagnose und bei den Schlußfolgerungen seiner wissenschaftlichen Beobachtungen und Erörterungen fallen dem Leser immer wieder auf. Man denke an die Diagnose bei Echinococcus: „Bei der Unmöglichkeit, die Erkrankung in den ersten Anfängen zu erkennen und bei ihrem bewiesenermaßen bis auf 10 Jahre sich erstreckenden Verlauf, ist es aber schon mißlich, über den Ort der Erwerbung des Leidens bei Kranken sich auszusprechen, deren Lebenslauf sie in verschiedene Länder geführt hat" oder an seinen Fall von Hämangioma hepatis oder an seine Stellungnahme zur Erblichkeit des Sternalismuskels. (Vgl. T. II.)

Vertrautheit mit der einschlägigen Literatur bei all seinen wissenschaftlichen Erörterungen geht aus jeder seiner Abhandlungen hervor. Vielen seiner Veröffentlichungen ging ein Briefwechsel mit anderen Forschern voraus; besonders ausgebreitet war dieser bei seiner Arbeit über die Pigmentierung bei Tabakkauern, wo er mit deutschen, holländischen, schwedischen und dänischen Ärzten und Volkskundigen in Erfahrungsaustausch stand.

Die von ihm angestellten Tierversuche, die von ihm beschriebenen Untersuchungsweisen verraten feines Einfühlungsvermögen in die anatomischen und physiologischen Grundlagen, die dabei im Brennpunkt der Fragestellung standen. Man vergleiche dazu die Arbeiten über Nucleoalbuminurie, über Leberschatten, über die Hufeisenniere, über Untersuchungsweisen zur Auffindung des Achselbogen- und des Sternalismuskels. Einigen seiner Abhandlungen sind Bilder beigegeben, die in der eindrucksvollen Darstellung dessen, was der Autor beschreibt, mustergültig sind. Besonders trifft dies für Bilder zu seiner Abhandlung über die Oberschlüsselbeingrube zu.

Ein Sondergebiet des Forschers Pichler — ein Zeichen für seine Vielseitigkeit — war die Heimat- und Landesgeschichte. In der bisherigen Darstellung ist auf diesen Zug schon hingewiesen worden. Pichler galt als Kenner der Orts- und Familiengeschichte von Klagenfurt und Kärnten. Die „Freien Stimmen" verdanken ihm eine

Anzahl von Aufsätzen und Notizen, auch noch aus seiner letzten Lebenszeit.

Die Hochschätzung und Verehrung, deren Pichler sich erfreute, beruhte nicht allein auf seinem ärztlichen Wirken oder auf dem Namen des Forschers sondern ebensosehr auf seinem persönlichen Wesen. Was es heißen wollte, daß er über Jahrzehnte hin äußerst gewissenhaft ohne Schonung seiner in den letzten Jahren hinsiechenden Kräfte unentgeltlich das Landessiechenhaus mit über 300 Betten betreute, vermag nur der Arzt im höchsten Sinn zu würdigen. Seine Anspruchslosigkeit in persönlichen Bedürfnissen, sein vornehmes Denken und Sinnen verschafften ihm den Ruf eines ausgezeichneten Kameraden in der Ärzteschaft.

Pichler hing mit inniger Liebe besonders an seiner hochbetagten Mutter. Über diese Liebe und seine Liebe zur engeren Heimat hinaus war er ein aufrecht gesinnter Deutscher. Bei der Ehrfurcht vor seiner Muttersprache ist er stets für jene Bestrebungen eingetreten, die sich die Reinigung der deutschen Sprache von fremdem Aufputz zum Ziele setzen. Schwer hat ihn in den Nachkriegsjahren die Not und das Schicksal der österreichischen Heimat und des deutschen Nachbarlandes bedrückt. In jener Zeit schreibt er an Professor Sticker: „Das Trostloseste ist, daß noch kaum ein Lichtstrahl in dem trüben Gewölk sich zeigt, welches Deutschlands Himmel verdunkelt"; an einer anderen Stelle: „Unsere trostlosen inneren Verhältnisse verleiden einem sehr das Leben." Sein deutsches Herz erhoffte von der Zukunft den Anschluß oder wenigstens die Angleichung der beiden deutschen Länder.

Mannhaft hat er sich in dem qualvollen Leiden gezeigt, das seine letzten Lebensjahre begleitete. Er ließ sich nicht entmutigen und versah trotz Absetzung eines Beins unverzagt seinen Dienst im Krankenhaus. So stark war in ihm jener Geist lebendig, der einst den großen deutschen Arzt Paracelsus das erhebende ärztliche Wort sprechen hieß:

Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe.

II. Werke.

Pichlers Angabe über eigene Werke.

Wissenschaftliche Arbeiten aus meiner Feder (meist kleineren Umfangs) sind von 1893 bis 1923 im ganzen 43 erschienen: 3 unter Krauss (Wien), 6 unter v. Jaksch (Prag), die übrigen aus Klagenfurt; dazu kommen noch 6 aus der Feder von Schülern.

Die allermeisten, besonders die selbständigen behandeln Einzelheiten der Krankenuntersuchung und -beobachtung; eine einzige ist der Behandlung gewidmet. Im besonderen beschäftigte ich mich mit den Muskelfinnen, mit wahren und falschen Berufszeichen und mit „Anatomie am Lebenden".

In Bezug auf Seuchenkrankheiten habe ich die Bedeutungslosigkeit des Brauer'schen Radiergummizeichens hervorgehoben, ferner auf eine meist übersehene Besonderheit der Speicheldrüsenentzündung (Sialodochitis deuteropathica) bei solcher hingewiesen und durch zwei Schüler einiges über Typhus mitteilen lassen.

1893.

Ein Fall von Morbus Addisonii mit Stoffwechseluntersuchung (zusammen mit Dr. Rudolf Kolisch.

Zentralblatt für klinische Medizin 1893 Nr. 12.)

Verfasser berichtet über einen 29jährigen Kranken, dessen Körpergewicht 38 kg betrug und dessen Unterhautfettgewebe völlig geschwunden war. Als Neubeobachtung teilt er Hämorrhagien in der Mundschleimhaut mit, wie sie bis dahin dergleichen nicht beschrieben waren: Die Blutungen waren vergänglich und punktförmig, die Epitheldecken über den Flecken waren stets unversehrt. Der Verfasser betont, daß es sich nur um eine vereinzelte Beobachtung handelt, die er nicht verallgemeinern will. Zur Klärung des bisherigen Streits, ob bei dieser Krankheit die Stoffwechselverhältnisse normal oder ob eine verminderte Harnstoffausscheidung vorkomme, hat Pichler an einem Patienten ohne jede Komplikation durch eine andere Krankheit Versuche angestellt. Aus den Versuchen ging hervor, daß der Patient, der in einem sehr vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung war, sich in Bezug auf die Ausnützung der Nahrung (sowohl Stickstoff als auch Fett) und in Bezug auf den Eiweißzerfall vollständig wie ein gesunder Mensch verhielt, ja bei der gereichten Eiweißmenge entschiedene Neigung zum Ansatz von Eiweiß zeigte.

1894.

Zur Lehre von der Nucleoalbuminurie.

(zusammen mit Dr. V. Vogt.

Zentralblatt für innere Medizin, 1894, Nr. 17.)

Die Autoren fassen die Nucleoalbuminurie auf als Ausdruck der Schädigung der Zellsubstanz (Zellkern, Protoplasma) in den verschiedenen Organen des Körpers. Sie fügen dafür an:

I. Klinische Gründe: Sobald irgend wo im Körper, auch speziell in der Niere, eine direkte Schädigung von Gewebszellen wahrscheinlich wird oder nucleoalbuminhaltige Sekrete (z. B. Galle) ins Blut übertreten, tritt die Nucleoalbuminurie in Erscheinung, während die echte Albuminurie in solchen Fällen ganz in den Hintergrund tritt.

II. Experimentelle Gründe.

1. Durch den Tierversuch wird nachgewiesen, daß jedenfalls das Milchkasein ein harnfähiger Körper ist.

2. Im Tierversuch wird das Protoplasma durch mangelhafte Sauerstoffzufuhr zu den Geweben geschädigt. Dabei wird keine oder nur schwache echte Albuminurie, starke Nucleoalbuminurie beobachtet. Es wird daraus noch nicht der unbedingte Schluß gezogen, daß durch Zerfall N.-haltiger Zellbestandteile Nucleoalbumine in die Blutbahn und von der Niere ausgeschieden werden. Vielmehr wird die Frage offen gelassen, ob nicht vielleicht die Niere selbst durch den Versuch betroffen wird.

3. Im Tierversuch werden die Nierenarterien länger (einmal 30 Minuten, zweimal je 1½ Stunden lang) abgesperrt. Beobachtet wird eine geringe oder fehlende echte Albuminurie, eine stärkere Nucleoalbuminurie. Die Verfasser sehen diese Beobachtung als Beweis dafür an, daß das Nierengewebe zur Quelle für Harnnucleoalbumine werden kann.

4. Bei Thoraxkompression und Abbindung von Gliedmaßen bestand nur in der Minderzahl der Fälle Nucleoalbuminurie anscheinend ganz allein. Nucleoalbuminurie ist hier jedenfalls eher die Ausnahme als die Regel.

Zusammenfassung: „Unsere vorstehend mitgeteilten Experimente scheinen uns immerhin geeignet, weitere Gründe für die Abtrennung der Nucleoalbuminurie von den Formen der echten Albuminurie in pathologischer und klinischer Beziehung zu liefern".

1895.

Ein Fall von otitischer Hirnsinusthrombose.

(Prager Medizinische Wochenschrift, 1895).

Der Verfasser berichtet über einen Fall von Hirnsinusthrombose mit otitischem Ursprung. Nacheinander traten folgende Symptome

auf: Anfangs schmerzhaft gedunsene obere Lider. Am folgenden Tag Eiterfluß aus dem Gehörgang rechts, dazu mäßiges Oedem beider Augenlider, desgleichen an Schläfe und Stirn, druckempfindliche ödematöse Schwellung zwischen linkem Prozessus mastoideus und Hinterhaupthöcker; am nächsten Tag schmerzhafte, weiche, nicht fluktuierende Schwellung auf der ganzen linken Nacken- und Halsseite; später immer stärkere Ausbreitung des Ödems auf das Gesicht, fast unförmige Schwellung; folgender Tag Tod!

Verfasser hebt die von Lebert angegebenen Symptome hervor: „Von größter Bedeutung für die Diagnose sind die Folge der Venenthrombose auf die äußeren Venen. Bei der häufigen Fortsetzung des Thrombus nach abwärts in die Vena jugularis interna kann ab und zu, sofern es die Schwellung nicht hindert, das Gefäß als harter empfindlicher Strang durchgetastet werden. Er stellt das sicherste Zeichen für die Diagnose dar." Zur Beurteilung des beobachteten rechtsseitigen Ohrausflusses und des links stark ausgebildeten Nackenödems stellt der Verfasser abschließend fest: Jedenfalls lehrt der Fall, daß eine solche Lokalisation uns in der Annahme einer Sinusthrombose der ohrkranken Seite nicht beirren darf, was für einen evtl. chirurgischen Eingriff von Bedeutung erscheint. Verfasser zitiert dazu: „Es gilt eben fast ausnahmslos der Satz von Körner: Die otitischen Krankheiten des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter beginnen in der Regel an der Stelle, wo die ursächliche Eiterung im Schläfenbein bis zum Schädelinhalt vorgedrungen ist."

1898.

Über Sichtbarkeit des unteren Leberrandes des Leberschattens.

(Zentralblatt für innere Medizin 19. Jg. Nr. 36.)

Der Verfasser gelangte bei der Betrachtung des Littenschen Zwerchfellphänomens — also bei Betrachtung des auf- und absteigenden Zwerchfellschattens bei der Atmung — zur Feststellung des Leberschattens. Er weist aber ausdrücklich darauf hin, daß das Herauf- und Herabsteigen des Leberschattens bei kostaler und oberflächlicher Atmung in der Ruhe nicht zu sehen ist, sondern nur bei tiefer Bauchatmung. Voraussetzung ist, daß nicht zu dicke Bauchdecken diese Beobachtung unmöglich machen. Im Gegensatz zu Thierfelders Darstellung der Leberkrankheiten betont Pichler, daß zur Beobachtung des Leberschattens eine Zunahme des Umfangs des Organs oder seine Konsistenz nicht nötig ist. Im Gegensatz zu Vierordt ist er der Ansicht, daß die Beobachtung nicht so selten und daß der Schatten besonders bei Kindern oft ausgesprochen zu sehen ist. Als Vorteil wird angeführt: leichte, ja ele-

gante Beobachtungsart, die Notwendigkeit einer nur kurzen Untersuchung und die Tatsache, daß eine Störung für den Kranken vermieden wird, dort, wo Palpation unmöglich ist; ein Nachteil ist, daß der Leberschatten nicht regelmäßig vorkommt.

1898.

Ein Fall von Echinococcus multilocularis aus Kärnten.

(Zeitschrift f. Heilkunde, XIX. Band.)

Der von Pichler hier beschriebene Fall war der erste sicher festgestellte Fall von Echinococcus multilocularis in Kärnten, während frühere Fälle hinsichtlich ihres Ursprungs zweifelhaft waren. Die klinische Diagnose lautete: Infiltration des linken Leberlappens durch einen Tumor (Carcinom oder Echinococcus multilocularis?, chronischer Milztumor).

Was die klinische Diagnose anlangt, blieben für die Differential-Diagnose eigentlich nur die Cirrhose und der Leberkrebs übrig. Gegen Cirrhose entschied der Umstand, daß der linke Lappen der Leber zu metastasieren pflegen sowie der vorzügliche Appetit des wesentliche Veränderungen aufzufinden waren. Gegen Leberkrebs sprach das Fehlen von primären Herden in Organen, die sonst in die Leber als der allein erkrankte imponierte, während im rechten keine Kranken. Für Echinococcus sprach die mächtige Milzschwellung und die steinharte Beschaffenheit des linken Leberlappens. Die von Professor Chiari ausgeführte Obduktion ergab die Diagnose: Echinococcus multilocularis hepatis.

1903.

Ein Fall von Hämangiom hepatis: Heilung durch Exstirpation.

Zeitschr. f. Heilkunde 1903, Nr. 8.)

Verfasser schickt voraus, daß die kleinen, meist unter Haselnußgröße stehenden Hämangiome der Leber sehr häufig vorkommen aber ohne klinische Bedeutung sind. Er beschreibt dann den Fall einer 37jährigen Frau mit einem auf zwei Faustgrößen zu schätzenden, unter der Bauchdecke rechts vom Nabel befindlichen Tumor Für die Diagnose waren folgende Feststellungen von Belang:

1. Ein Nierentumor konnte ausgeschlossen werden, nachdem die rechte Niere deutlich getrennt von der Geschwulst getastet werden konnte.

2. Gegen Gallenblasenvergrößerung sprach die mediane Lage und die fehlende Verschieblichkeit nach rechts ebensosehr wie die beträchtliche Verschieblichkeit nach links. Auch fehlten die bei Hydrops der Gallenblase sonst meist vorkommenden Gallensteinsymptome in der Anamnese.

3. Eine Cyste im kleinen Netz schien unwahrscheinlich, da der Leberrand nur zu beiden Seiten, aber nicht über den Tumor nachzuweisen war.

4. Echinococcus cysticus war kaum wahrscheinlich, da er in Kärnten zu den größten Seltenheiten gehört. Er wurde mit Sicherheit ausgeschlossen, als das Probepunktat Lebersaft ergab.

Die Diagnose lautete: gutartige, höchst wahrscheinlich cystische Geschwulst der Leber.

Aus eigenen und beschriebenen Fällen führt Pichler für die Diagnose folgende Momente an: „Sämtliche Fälle waren Frauen und zwar jenseits der Pubertät. Die Geschwulst wurde stets in geschlechtsreifem Alter bemerkt; ihr Wachstum wurde in einzelnen Fällen ärztlich kontrolliert, war meist ein langsames, auf viele Jahre (bis 15 Jahre) sich erstreckendes; anderseits scheint ein rasches Wachstum vorgelegen zu haben. Unsere Kasuistik entspricht einigermaßen der Angabe von Borst, daß Blutstörungen und im besondere Schwangerschaften begünstigend auf die Entstehung und wohl auch auf das Wachstum der Cavernome einwirken. Der Ausgangspunkt der Geschwulst bildete in allen Fällen die untere Fläche des Organs; meist war es der linke Lappen allein oder vorwiegend, dem die Geschwulst entstammte. Die Geschwulst hat trotz breiten Stiels meist eine auffällige Beweglichkeit. Über die respiratorische Verschieblichkeit, die allen solchen Tumoren eigen sein muß, ist bei Dahlgren nichts erwähnt; unsere Geschwulst bot sie in ausgezeichnetem Maße. Die Diagnose auf eine Lebergeschwulst wurde anscheinend in keinem Falle sichergestellt. Wenn wir mit voller Bestimmtheit eine Geschwulst der Leber diagnostiziert haben, so war dies dadurch möglich, daß wir den Rand des linken Lappens auf den Tumor verfolgen konnten. Die Feststellung der Lage des unteren Leberrandes durch Palpation und seine Beziehung zu der Geschwulst erscheint uns der springende Punkt in der Diagnostik solcher und ähnlicher Fälle."

1903.

Parotitis secundaria bei Pneumonie.

(Wiener hlinische Wochenschrift 1903 Nr. 49.)

Verfasser beschreibt an einem 15jährigen männlichen Kranken eine Parotitis im Gefolge einer Pneumonie. Aus der Mundöffnung des linken Ductus stenonianus, dessen Papille leicht vorspringt, entleert sich teils spontan im Augenblick des Mundöffnens, teils auf sanften Druck von außen auf die Schwellung eine bald dicklich schleimige, bald trübe, deutlich eitrig aussehende Flüssigkeit. In derselben befinden sich mikroskopisch neben viel Detritus Plattenepithel und einzelne Leukozyten; im gefärbten Präparat sieht man

spärlich kleine Diplococcen. Epikritisch wäre zu sagen, daß wegen der nicht vorgenommenen genauen Differenzierung der Diplokokken die Deutung der Parotitis als pneumococcica durchaus nicht sichergestellt ist, wenngleich sie viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Die Parotitis bei Pneumonie ist sicherlich recht selten.

1905.

Über Augenmuskelrheumatismus.

(Wiener klinische Wochenschrift, 1905 Nr. 4.)

Pichler wurde zur Beobachtung dieser Erkrankung durch einen Bericht zweier Fälle seines Bruders Dr. Alex Pichler, Augenarzt in Klagenfurt, hingelenkt. Als Teilerscheinung einer typisch akuten Gelenkserkrankung kam es an den Sehnen verschiedener Augenmuskeln zu umschriebener, flacher Schwellung und episkleraler Rötung mit umschriebener Druckschmerzhaftigkeit. Pichler beobachtete in der Folgezeit an 160 akut Gelenkrheumatismuskranken vier Kranke mit Augenmuskelrheumatismus. In Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus kam ihm ein solcher Fall nie vor. Er führt aus der Literatur John W. Wright an: „Das Befallensein der Muskeln kann leicht durch Druck auf dieselben (durch die geschlossenen Lider hindurch) erkannt werden; häufig schmerzt schon der leiseste Druck auf den erkrankten Muskel". Wright bespricht dann auch die „systematische" Art des Wanderns des akuten Rheumatismus am Auge, dieselbe, welche der Gelenkrheumatismus an den Gelenken ja oft zeigt: Wenn der Rectus internus des einen Auges befallen wird, dann erkrankt am zweiten Auge, wenn dieses überhaupt eine Metastase zeigt, im allgemeinen gleichfalls der Rectus internus. Wenn alle Muskeln des einen Auges befallen werden, dann betrifft es am zweiten gleichfalls sämtliche. Schmerz und Schwellung sind dabei gewöhnlich beschräkt auf die Sehnenscheiden, auf welche die Krankheit sich erstreckt, insbesondere aber auf ihre Ansatzstellen an der Lederhaut.

Hinsichtlich der Symptomatologie bestätigt Pichler auf Grund seiner eigenen Fälle die Wright'sche Darstellung: Die Schwellung war stets eine flache, niemals konnte von einem „Knoten" gesprochen werden. Die gerötete Partie erstreckte sich vom Sehnenansatz nach rückwärts diffus, war unscharf begrenzt. Die Druckempfindlichkeit (mit Sondenknopf geprüft) betraf in allen Fällen scharf und einzig nur die Muskelsehne. Pichler glaubt, daß die Lokalisation des Rheumatismus in die Augenmuskeln nur scheinbar eine „seltene" sei; daß vielmehr die leichteren Fälle wegen geringer Beschwerden selten die Aufmerksamkeit des Arztes und der Kranken erregen. Diese Ansicht hatte schon vorher Dr. Alex Pichler vertreten.

1911.

Klinische Beobachtung über Muskel und Hautfinnen. Röntgennachweis verkalkter Cystizerken.

1. Auf statistischer Grundlage stellt Verfasser fest: Der Widerspruch zwischen der angeblichen Seltenheit der Taenia solium und dem nicht seltenen Vorkommen des Zystizerkus beim Menschen kann nur durch eine regelrechte Bandwurmsammelforschung aufgeklärt werden, die nicht bloß städtische, sondern auch ländliche Bewohner, also ganze Länderstrecken einbeziehen muß. Vorausgehend hat der Verfasser die „bisherige unzulängliche Literaturangaben" besprochen und die Finnenstatistik beim Menschen kritisiert.

2. Er berichtet über 16 am Lebenden in Kärnten gefundenen Zystizerkenfälle (Hautmuskelfinnen).

3. Bezüglich der Symptome führt Verfasser eine Beobachtung Oslers an: „Bei der Untersuchung wurde eine Anzahl schmerzhafter subkutaner Knötchen entdeckt, die sich bei der Excision als Zystizerken erwiesen". Aus eigenen Beobachtungen gibt der Verfasser an: Für jeden Arzt, welcher gewohnt ist, den entblößten Körper der Kranken zu besehen, wird das Wahrnehmen der Knötchen ein Leichtes sein, falls nicht das Unterhautfett stärker ausgebildet ist. Dieses wird natürlich auch die nähere Betastung der Knötchen behindern und so die Diagnose unter Umständen unmöglich machen. In diesem Momente erblickt er auch die Erklärung dafür, daß er, mit Ausnahme eines kachektischen Weibes, nur bei Männern Finnen entdeckt hat. Stets handelte es sich in der Krankheitsgeschichte um magere Personen. Pichler weist noch darauf hin, daß durch Inspektion und Palpation auch bei größter Sorgfalt im besten Fall nur die Haut- und die oberflächlich gelegenen Muskelfinnen sich auffinden lassen, während die im Muskelfleisch tiefsitzenden der Diagnose am Lebenden entgehen.

4. Der Verfasser weist auf den Wert des Röntgenverfahrens für den Nachweis verkalkter Zystizerken hin.

5. Er erwähnt, daß das Vorkommen des Botricocephalus latus in Österreich bisher nur in drei vereinzelten Fällen nachgewiesen worden ist.

1912.

Zur Klinik und pathologischen Anatomie des Rheumatismus der Halswirbelsäule.

(Prager Medizinische Wochenschrift 1912 Nr. 23.)

Unter Prof. v. Jaksch hatte Pichler während seiner Assistentenzeit über ein halbes Jahr hin einen Fall von polyarthritischer Erkrankung der Halswirbelsäule mit sehr bemerkenswerten klinischen Erscheinungen und mit eigenartigem anatomischem Befund mit-

beobachtet. Auf diesen Fall bezieht sich seine Äußerung: „Da ich das höchst eigenartige klinische Bild dieses Kranken mir eingeprägt hatte, so fahndete ich weiterhin nach Fällen dieser Art." Er teilt als Eigenbeobachtung die Krankengeschichte eines 16jährigen Bauernknechts und den Obduktionsbefund nach erfolgtem Tode mit: „Auffallend war die hochgradige Verschiebung des Atlas am Epistropheus, die so hochgradig war, daß der Eindruck entstand, als müsse eine plötzliche gewaltsame Luxation stattgefunden haben. Es war aber während der Erkrankung nie zu einer plötzlichen Änderung der Schädel- und Nackenstellung gekommen, auch die Vorgeschichte ergab keinen Anhalt für ein solches Trauma." Pichler nahm deshalb langsame spontane Entstehung der Luxationsstellung als sicher an. Aus klinischen und Leichenbeobachtungen kam Verfasser zu folgenden Schlüssen: „Bei den Erkrankungen der obersten Halswirbelsäule, bei allen Fällen von Malum suboccipitale, muß ätiologisch nicht bloß wie herkömmlich Tuberkulose, sondern ebenso auch der akute Geenkrheumatismus in Erwägung gezogen werden. Ohne zahlenmäßig übertreiben zu wollen, glaube ich, daß, wenn nur überhaupt darauf geachtet wird, die Fälle rheumatischer Herkunft besonders unter den geheilten Fällen sich mehren werden. In symptomatologisch-klinischer Beziehung verweise ich auf die in Krankengeschichten ziemlich gleichförmig niedergelegten Befunde: Die aus der Gelenksfunktion leicht verständliche Beweglichkeitsbeschränkung, die Schwellung, der Schiefhals, zahlreiche kleine, harte, schmerzliche Lymphdrüsen im Nacken beweisen noch nicht die tuberkulöse Natur der Knochenleidens. Besonders betonen müssen wir, daß das Auftreten von spinalen Reizungs- und Lähmungserscheinungen, wie sie sowohl vom Rückenmark wie von dessen Nerven aus bei tuberkulöser Karies so gang und gäbe sind, nicht gegen eine rheumatische Grundlage des Leidens spricht. In diagnostischer Hinsicht ist außer auf die Ananmnese besonders auf interkurrente rheumatische Erkrankungen anderer Gelenke zu achten; auch die in diesen Fällen häufige Endocarditis dürfte den Tuberkuloseverdacht abschwächen und auf die richtige Fährte lenken. Hartnäckiges Weiterbestehen von Gelenksveränderungen trotz kräftiger Anwendung von Salicylica wird in unseren Fällen bei den möglichen schweren anatomischen Veränderungen gleichfalls vorkommen müssen. Die Röntgenuntersuchung wird gewiß zur Klarstellung der Knochen- und Gelenksveränderungen öfters entscheidend beitragen.

In prognostisch therapeutischer Beziehung wird selbst bei Druckwirkungen auf die Nervenwurzeln und das Rückenmark, bezw. gerade in den Fällen solcher Hilfe bei der Orthopädie zu suchen sein. Die vitale Prognose wird außer durch die Schädigung des Hals-

marks und der Cervikalnerven vor allem von dem (allfälligen) komplizierenden Herzklappenfehler bedingt."

1913.

Elf Fälle von Periostitis typhosa.

Verfasser: Dr. Heinz Brazar.

Krankenhaus Klagenfurt, unter Leitung Pichlers.

(Wiener klinische Wochenschrift 1913 Nr. 48.)

Dem Verfasser sind 575 Typhusfälle bekannt, unter denen 11 Fälle mit Periostitis, also 2%. Die Periostitis typhosa trat gewöhnlich im Stadium der Genesung in den ersten Tagen der fieberfreien Zeit auf. Meist erkrankten die langen Röhrenknochen. Das Auftreten der Periostitis typhosa war gewöhnlich mit Temperatursteigerung verbunden, doch kam auch Fieberlosigkeit vor. Als Kardinalsymptom wird der Schmerz angegeben: im Beginn am heftigsten; Druckschmerzhaftigkeit aber noch lang bestehend, auch wenn sicht- und tastbare örtliche Erscheinungen schon nicht mehr vorhanden sind.

1916.

Typische Pigmentierung der Wangenschleimhaut bei Tabakkauern.

(Wiener medizinische Wochenschrift 1916, Nr. 6.)

Der Verfasser äußert sich in der Einleitung über die übliche Inspektion der Mundhöhlenschleimhaut: „Stiefmütterlich fällt durchgehends die Untersuchung der Wangeninnenfläche aus". Mit seinem Beitrag will er den Arzt auf Wangenschleimhautveränderungen hinlenken, die er im Verlaufe von 18 Jahren stets und häufig gesehen und als Folge des Tabakkauens gedeutet hat. Die Veränderungen bestehen in Leukoplakie und Pigmentflecken: sie nehmen typisch die Wangenschleimhaut in der Höhe der Zahnschlußlinie ein und zwar vorwiegend in der dem Mundwinkel näheren (vorderen) Hälfte derselben. Die Höhenausdehnung beträgt nicht mehr als 1 cm.

I. Leukoplakie: Diese Flecken — grauweiße Verfärbung — sind bei jüngeren Kauern häufiger als bei alten; sie sind auch weniger dauerhaft als die Pigmentflecken. Man sieht eine flache, zarte, graue, leukoplaktisch veränderte Zone ohne scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung in Form eines einzigen Streifens oder aus mehreren Flecken bestehend. Diese Fleckung ist ausschließlich auf die Wange beschränkt, einseitig oder beidseitig, je nach der herrschenden Gewohnheit ein- oder beidseitigen Tabakkauens.

II. Pigmentflecken: Während es sich bei der Leukoplakie um eine bisher wohlbekannte Schleimhautveränderung handelt, beschreibt Verfasser hier eine seither kaum bekannte Erscheinung. Diese Pigmentierung, dunkle Flecken, verhalten sich nach ihrer

Lokalisation wie die Leukoplakie. Sie kann ohne letztere oder mit ihr vergesellschaftet vorkommen. Die Flecken sind nicht erhaben, stecknadelkopf- bis linsengroß, selten größer. Der Farbton ist meist ein bräunlicher, manchmal ausgesprochen braunschwarz oder bläulich grau. Die Flecken sind bald gesättigt braun, bald mehr blaß, im ersten Fall also nicht leicht zu übersehen, im letzten nur bei genauem Zusehen zu bemerken. Die Pigmentflecken kamen nur bei Personen mit dunkelbraunem oder schwarzem Kopfhaar, nie bei lichthaarigen Männern vor. Histologisch stellen diese Fleckungen eine Anhäufung von körnigem, gelbbraunem eisenfreien Pigment in den tiefsten Schichten des Epithels, sowie in der obersten Lage des Bindegewebsanteils der Schleimhaut dar. Als Reiz für die örtliche Pigmentbildung in der Schleimhaut unter dem Einfluß des Tabakkauens sieht Pichler neben der mechanischen Schädigung vorwiegend die chemische Reizung durch den Kautabak an. Als Stellen der Mundschleimhaut mit atypischer Pigmentfleckung beobachtet der Verfasser beim Tabakkauen die Lippe, die Zunge und am häufigsten den harten und weichen Gaumen.

1916.

Die Bedeutungslosigkeit des Brauer'schen Radiergummizeichens.

(Wiener klinische Monatsschrift 1916, Nr. 27.)

Brauer bezeichnete auf dem Warschauer Kongreß für innere Medizin im Jahre 1916 das für überstandenen Flecktyphus angeblich typische „Radiergummizeichen" als diagnostisch wichtig. Pichler hat dieses Phänomen in den Kriegsjahren an Flecktyphus- und anderen Fieberkranken nachgeprüft und festgestellt: Die Nachprüfung hat ergeben, daß genau dasselbe auf der Haut von anderen Fieberkranken erzeugt werden kann. Er warnt deshalb davor, in dem Radiergummizeichen ein ausschlaggebendes, ja auch nur halbwegs sicheres Zeichen für eine überstandene Fleckfiebererkrankung zu erblicken. Er macht auf dreierlei mögliche Erscheinungen beim Auslösen des Radiergummizeichens aufmerksam:

1. Reizung der Gefäßnerven, mit mehr oder weniger starker oder fehlender Dermographie,
2. Verschiebung des Oberflächenepithels; Erfolg verschieden, je nach Durchfeuchtung und Oberflächenbeschaffenheit der Haut,
3. verschieden starke oder fehlende Reizung der Arrectores pilorum (Gänsehaut).

1916.

Über den Langer'schen Achselbogenmuskel nach Untersuchungen am Lebenden.

(Zeitschrift f. d. gesamte Anatomie, 1916.)

In den letzten fünf Jahren habe ich im ganzen 197mal einen Achselbogenmuskel am Lebenden gesehen und getastet. Von der Richtigkeit meiner Befunde konnte ich mich bisher in 10 Fällen am Leichentisch überzeugen. Seit dem Frühjahr 1914 verfüge ich über ein Verfahren, den Muskel rasch und sicher nachzuweisen: Stützt die auf dem Rücken liegende Person die geballte, im Handgelenk gestreckt gehaltene Faust auf die Hüfte in der Gegend zwischen Trochanter major und Spina iliaca ant. sup., so treten die Mm. pectoralis major und latissimus dorsi scharf hervor, ebenso auch ein etwa vorhandener Achselbogenmuskel. Hierbei darf die Schulter nicht nach aufwärts (kranialwärts) verzogen werden und müssen die Arme in der Ebene des Körpers liegen. Bei mageren Leuten sieht man übrigens schon bei jedem Hüftenstoß, auch ohne krampfhafte Anspannung der Arme, wie das Gefäßnervenbündel in der Achselhöhle von der sehnig-fleischigen Zwinge des Achselbogens gequert wird. Zum sicheren Beweise bedarf man freilich fast immer der Muskelanspannung. Es ist der Achselbogen auch für die Ungeübten leicht zu erkennen, jedenfalls durchschnittlich viel leichter als der Sternalismuskel. Sternalis und Achselbogen gleichzeitig fand ich nur 5mal. Ich habe am Lebenden den Sternalismuskel bei 2,55%, den Achselbogen bei 3,9% meiner Fälle aufgefunden." Das angegebene Untersuchungsverfahren ist durch drei photographische Aufnahmen wiedergegeben.

1917.

Rheumatismus und Gicht der obersten Halswirbel.

(Wiener Klinische Wochenschrift, 1917 Nr. 12.)

Pichler weist bei Besprechung eines aus der Prager Poliklinik berichteten Falls von Rheumatismus der Halswirbelsäule auf seine frühere Äußerung hin: „Ohne zahlenmäßig übertreiben zu wollen, glaube ich, daß, wenn nur überhaupt daran gedacht wird, die Fälle rheumatischer Herkunft besonders unter den geheilten Fällen sich mehren werden." Er bemerkt weiter: Es ist diese Form anscheinend nur dem Kindes- und jugendlichen Alter eigen. Zur möglichen Diagnose frischer Gicht weist er auf die bezeichnenden Gichtknötchen an den Ohrmuscheln hin, deren kristallischer Brei beim Anritzen entleert, Gichtdiagnose erhärtet.

Zusatz nach Prof. Dr. Georg Sticker.

(Hippokrates, Die Volkskrankheiten, Leipzig 1923.)

In den Epidemien des Hippokrates wird als συνάγχη Halsenge und κυνάγχη Hundswürger die Krankheit beschrieben, welche wir seit Bretonneau 1849 Diphtheritis (von διφθέρα Haut), häutige Bräune nennen. Hippokrates hat das gehäufte Auftreten von Halsbräune mit Nachtblindheit und Lähmungen in einem Seuchengang hervorgehoben (epid. VII 7, 1; epid. II 3, 1, 2) dazu bei vielen Kindern ein Vorspringen der Halswirbel rachenwärts nach innen beobachtet, während das Genick deutlich hohl wurde. Von Galenos bis Littré haben sich die Erklärer des Hippokrates bemüht, eine wirkliche Verrenkung der Halswirbelsäule in dieser Beschreibung zu finden. Die Wirbelverschiebung mit unheilbaren Lähmungen, die wir heute das Pott'sche Übel nennen, kannte Hippokrates ebenso genau (de artic 41; aph. III 26). Die „epidemische Verrenkung der Halswirbelsäule", über welche Littré einen langen Aufsatz schreibt, erklärt sich dem, der Karl Pichlers Mitteilung „Zur Klinik und pathologischen Anatomie des Rheumatismus der Halswirbelsäule" kennt, sehr einfach als Muskelkrampf der Halswirbelsäule.

1917.

Formverschiedenheit der Oberschlüsselbeingrube in ihrer Bedeutung für den Arzt.

(Vortrag im Kärntner Ärzteverein.)

Den Arzt interessieren am meisten die vor dem Gefäßnervenbündel eingelagerten Lymphknoten, die Lymphoglandulae supraclaviculares (Lymphoglandulae profundae inferiores). Pichler bespricht Veränderungen dieser Gegend durch verändertes Corpus adiposum colli, durch Hochdruckspannungen in den Schlagadern (auf Druck nachgiebig und völlig ausdrückbar und dadurch vom Fettpolster unterscheidbar). Der Verfasser weist weiter auf die Verschiedenheit des männlichen und weiblichen Halsansatzes am Rumpf hin, beim Mann bedingt durch Ansatz des Schlüsselbeinkopfs des Kopfnickers an der vorderen oder oberen Fläche der Clavicula, beim Weib durch den Ansatz an der hinteren Fläche. Er gibt für die diagnostische Auswertung der Grubentiefe zu bedenken, daß neben Veränderungen des Fettpolsters dafür auch veränderte Muskelverhältnisse dieser Gegend verantwortlich zu machen sind. Der Anteil der letzteren wird im allgemeinen gar nicht in Betracht gezogen. Für die Beziehungen zur Lunge hebt er den Umstand hervor, daß das ganze Gebiet der Grube, das nach außen, also lateral, vom Ring der ersten Rippe gelegen ist, mit der Lungenspitze nichts zu tun hat, also auch Einziehungen dieser Gegend auf Lungenveränderungen nicht bezogen werden können.

1917.

500 Fälle von Sternalismuskel.

Beobachtungen am Lebenden.

(Zeitschrift f. d. ges. Anatomie, 1917.)

Aus seinen Beobachtungen zieht Pichler den Schluß, daß der Sternalismuskel des Menschen beiderseits und links ungefähr gleich häufig sich findet, daß er aber doppelt so oft nur rechterseits entwickelt ist. Der Verfasser hat den Muskel beim männlichen Geschlecht häufiger als beim weiblichen gefunden. Doch läßt er die Frage offen, ob nicht beim weiblichen Geschlecht der Muskel verhältnismäßig öfter wegen des stärkeren Fettlagers dem Nachweis entgangen ist.

1918.

Einseitiger Schwund des Wangenfettpfropfs.

(Deutsche Zeitschrift für Anatomie, 61. Bd. Lpz. 1918.)

Einleitend betont der Verfasser, daß keinerlei Veränderung der Hautdecke vorliegt. Von einer Sklerodermie oder dem halbseitigen fortschreitenden Gesichtsschwund kann also keine Rede sein, wenigstens nicht in der gewöhnlichen Form. Nach Forster, den Pichler anführt, ist der Schwund des oberflächlichen Schläfenpolsters und des Kaumuskelpolsters verantwortlich zu machen für die einseitig eingesunkene Schläfe und die eingefallene Wange. Pichler hebt noch den Unterschied hervor zwischen dem Unterhautfettgewebe und dem Fettgewebe des Wangenfettpfropfs. Er ist bei seinem vereinzelten Fall geneigt, an eine Unterart des halbseitigen progressiven Gesichtsschwundes zu denken.

1918.

Das Tasten der Hufeisenniere.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1918, 4. und 5. Heft.)

Verfasser berichtet über 3 eigene Beobachtungen aus seiner Krankenanstalt: „Im Laufe des letzten Jahres ist es mir gelungen, an 3 Männern durch die unversehrte Bauchdecke hindurch die Hufeisenniere durch Tasten nachzuprüfen." Im einen Fall entsprach der untere Rand des Querstücks dem unteren Rand des 4. Lendenwirbels, in den beiden anderen Fällen verlief das Querstück in Nabelhöhe. Im Widerspruch zu den Angaben der Lehrbücher tritt Pichler trotz des durchschnittlich tieferen Standes der Hufeisen-

niere für ihre Beweglichkeit ein. Er fand die Hufeisenniere in einem Fall ausgesprochen verschieblich und zwar sowohl bei den Atembewegungen als auch willkürlich durch die Hand des Arztes. Übereinstimmend mit Küster hebt er die verschiedene Größe der beiden Teile der Hufeisenniere hervor.

Hinsichtlich der Schwierigkeit des Tastens schreibt er: „Jedenfalls glaube ich, daß bei nicht krankhaft veränderter Hufeisenniere und entsprechender Bauchdecke und leeren Därmen ein Geübter es nicht so schwierig haben wird, zum Ziele zu gelangen." Notwendig ist es freilich, daß der Untersucher die vordere Fläche der Wirbelkörper in der Bauchhöhle gewohnheitsmäßig abtastet und sich nicht nur damit begnügt, die Niere zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule gefühlt zu haben. Im ersten Fall muß ihm beim Vorhandensein einer Hufeisenniere beim Tasten das Querstück unter die Finger kommen.

Verfasser weist noch auf die Möglichkeit hin, die Niere durch einhändige Untersuchung nachzuweisen und zwar mit der flach in die Lende gelegten Hand, welche in gleicher Weise die Bauchwand nach vorn drängt, wie man dies beim schulgemäßen zweihändigen Tasten zu tun pflegt. Unter besonders günstigen Umständen, wie sie einer der beschriebenen Fälle bot, wird es selbst möglich sein, daß der Arzt durch den bloßen Blick auf die Hufeisenniere hingelenkt wird.

1919.

Über die Verbreitung und Artbestimmung der Bandwürmer Insonderheit der Taenia solium.

(Wiener klinische Wochenschrift 1919, Nr. 31.)

Anläßlich der Beobachtung eines Falles einer mißgebildeten Taenia solium und deren späteren Untersuchung durch Prof. Pinter (Wien) sagt Pichler: Ausdrücklich sei davor gewarnt, aus hakenlosem Taenienkopf eine solium auszuschließen; hierzu gehört unbedingt der Nachweis, daß Hakentaschen fehlen. Im ganzen hatte der Verfasser in 20 Jahren unter rund 50 Bandwurmkrankheiten nur 3 Fälle von Taenia solium beobachtet.

1919.

Die „Schusterbrust" – eine Fabel.

(Zentralblatt f. innere Medizin, 1919 Nr. 39.)

Als Arzt einer großen Krankenabteilung ist es dem Verfasser nie geglückt, bei einem Schuster die bezeichnende Brustkorbverbildung

aufzufinden. Als weitere Zeugen führt er aus der Literatur an Eichhorst: „Ich habe die sogenannte Schusterbrust gar nicht selten bei Personen gesehen, die keine Schuster waren und sie vielfach bei Schustern vermißt." Der Anatom Toldt schreibt: „Ich kann aus meiner eigenen anatomischen Praxis mitteilen, daß ich die bezeichnete Form wiederholt beobachtet habe, aber niemals bei einem Schuster."

Nach genauer Erkundigung der Arbeitsweise der Schuster in ihrer Werkstätte, bei Werkmeistern dieses Berufes erklärt Pichler: „Es kann zur Ausbildung der Schusterbrust beim Schuster nicht kommen, weil die betreffende Körpergegend bei der Arbeit überhaupt nicht gedrückt wird." Ebenso bestreitet er eine Brustkorbveränderung der Schneider bei dem in Deutschland üblichen „Türkensitz". Vielmehr führt diese Sitzart zu Berufszeichen an den Beinen: Schwielen und Schleimbeutel am Wadenbeinköpfchen, an den äußeren Knöcheln und am Höcker des V. Mittelfußknochens.

1919.

Veränderungen der Gesichts- und Schädelknochen nach alten Lähmungen des 7. Hirnnerven.

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1919 Nr. 5—6.)

Pichler beschreibt zwei Fälle alter Facialislähmung. Er führt aus der Literatur Fälle von Wertheim-Salomonson und Versuche von Brücke-Schauta an. Beim Vergleich dieser Fälle liegen nach der Beschreibung die geraden umgekehrten Verhältnisse vor. Pichler und Wertheim-Salomonson erklären diese Unterschiede durch die teilweise oder vollkommene Lähmung des Facialis.

1. Die Versuche von Brücke-Schauta, die sich mit den von Pichler beobachteten Fällen decken, entsprechen einer teilweisen Lähmung des Facialis. Hier ist offenbar kein beträchtlicher Unterschied in dem wachstumshemmenden Einflusse des Muskeldruckes auf die Oberfläche des Knochens vorhanden. Es überwiegt also auf der kranken Seite die Wachstumsbeeinträchtigung durch den verminderten Kreislauf und vielleicht noch durch andere fehlende Nerveneinflüsse. Folge dieser Unterentwicklung ist schmäleres und vor allem flacheres Gesicht auf der gelähmten Seite. Verfasser belegt diese Tatsache besonders mit seinem ausführlich und durch ein Bild dargestellten Fall eines 16jährigen Mädchens: „Im Gesicht fällt sofort die starke Verschiedenheit der beiden Hälften auf, indem die linke Seite breiter und voller ist als die schmälere und flachere rechte Seite. Die rechte Gesichtshälfte verhält sich zur linken wie die dunkle Mondscheibe im letzten Viertel zur lichten Sichel." Am Hirnschädel ist eine leichte Abflachung, ein schwächeres Hervor-

treten des Scheitelhöckers der rechten gegenüber der linken Seite vorhanden. Am stärksten tritt die geringere Masse der Knochen in der rechten Joch- und seitlichen Stirngegend hervor. Es fehlt rechts geradezu ein Stirnhöcker. Der Verfasser meint, daß man leichtere Grade der Brücke-Schauta'schen Schädelveränderung zu übersehen geneigt sein kann.

2. Die von Wertheim-Salomonson beschriebenen Fälle entsprechen einer vollständigen Fazialislähmung. Ist die Lähmung eine vollständige, fehlt also jegliche Druckwirkung auf den Knochen bei der Bewegung der Gesichtsmuskeln, dann bauchen sich die Knochen dieser Seite aus, am stärksten der Oberkiefer. Folge der fehlenden Druckwirkung ist: Die gelähmte Seite erscheint länger und etwas breiter. Pichler bemerkt zur Wertheim-Salomon'schen Form: ein Übersehen sollte hier schwerer vorkommen; der Arzt dürfte sich aber die Vorwölbung der Backe mit dem schlafferen Wangensegel erklären und dürfte das Befühlen des Knochens, welcher den Befund erst klarstellen kann, meist unterlassen.

1920.

Rußeinlagerungen in der Haut, ein Berufszeichen der Rauchfangkehrer.

(Zentralblatt für innere Medizin, 1920 Nr. 28.)

Mit seiner Abhandlung tritt Pichler für die Notwendigkeit ein, man möge schärfer als bis dahin unterscheiden zwischen Einlagerungen einerseits und Einsprengungen andererseits.

Von Einsprengungen kann nur dann die Rede sein, wenn Fremdkörper meist in der Einzahl (größere Splitter) durch eine Verletzung in oder unter die Haut eindringen. Eine echte Einsprengung stellt dar die sogen. Müllerkrätze der Mühlsteinschleifer durch das Eindringen von Stahlsplitter. Einlagerungen entstehen durch Eindringen von Fremdkörpern (stets in der Mehrzahl, meist als Staub) in eine vorher gesetzte Wunde. Solche echte berufliche Tätowierungen stellen dar die Silberflecke der Silberarbeiter, die Einlagerung von Kohle bei Steinkohlenarbeitern, die Einlagerung von Ruß bei Rauchfangkehrern. Charakteristisch für letztere sind Rußstriche — meist kürzer und plumper als die Kohlenarbeiterstriche — an den Händen, den Füßen, am Rücken, die von Pichler wohl zum ersten Male beschrieben worden sind. Eine andere berufliche Tätowierung stellt die Einlagerung von Sandstein- und Eisenstaub bei Metallscheifern dar. Man vergleiche dazu Ullmann, Oppenheim, Rille „Schädigungen der Haut", Band II,

Abb. 169: Steinkohlenarbeiterstrich

„ 110: Rauchfangkehrerstrich am Bein

Abb. 111: Rauchfangkehrerstrich an der Hand.
(Alle 3 Abbildungen aus der Sammlung Pichler-Klagenfurt.)

1920.

Berufsschwiele auf der Scheitelhöhe durch Lastentragen, besonders bei Schweinemägden.

(Dermatologische Zeitschrift, Bd. XXVIII, H. 2.)

Die Schwiele sitzt auf der Scheitelhöhe, also vor dem Haarwirbel und rührt vom Drucke her, welcher das mit dem Schweinefutter gefüllte Schaff auf die Haut ausübt. Die Schwiele hat annähernd die Größe und Gestalt einer Zwetschge. Ihr Längsdurchmesser bildet die Pfeilnaht. In ausgeprägten Fällen fehlen im Bereich der Schwiele die Kopfhaare ganz oder fast ganz; es findet sich eine Glatze. Sehr häufig ist die Schwiele beetwallartig über ihre Umgebung erhoben, was auf einem unter der Haut entwickelten Schleimbeutel beruht. Wie gleiche Hautveränderungen an anderen Körperstellen ist selbstredend auch diese Schwiele nach Wegfall der Ursache des Rückgangs fähig. „Die Körperbeschaffenheit der einzelnen Menschen, ihre Anlagen zu solcher Schwielenbildung spielen bei der Entstehung gewiß eine maßgebende Rolle."

Man vergleiche Ullmann-Oppenheim-Rille „Schädigungen der Haut", Bd. II, Abb. 145 (aus der Sammlung Pichler-Klagenfurt).

1921.

Zur Geschichte der großen Atmung.

(Zentralblatt für inere Medizin, 1921, Nr. 37.)

Seit Kußmauls Beschreibung der als „großer Atmung" bezeichneten präkomatösen Dyspnoe galt diese lange Zeit als typisch für Diabetes, bis 1877 Scheube mit der Behauptung hervortrat, daß bei Urämie durch Giftwirkung die gleiche große Atmung vorkomme wie bei Zuckerkrankheit. Pichler bezweckte mit dieser Veröffentlichung Scheube's vergessene Arbeit der geschichtlichen Gerechtigkeit entsprechend zu würdigen und vor allem junge Ärzte auf obige Tatsache aufmerksam zu machen.

1921.

Geruchswahrnehmung an Leberkranken.

(Zentralblatt für innere Medizin, 1921, Nr. 7.)

Über Verwertung von Geruchseindrücken hatte der Verfasser schon 1917 in einem Vortrag berichtet, dabei auch die Geruchs-

wahrnehmung bei Leberkranken erwähnt. Aber erst durch eine in diese Richtung gehende Bemerkung Eppingers ermuntert, sah sich Pichler veranlaßt, seine bisherigen Erfahrungen zu veröffentlichen. Er hatte den eigenartigen „süßlich-aromatischen" Geruch bei etwa 100 Fällen katarrhalischer Gelbsucht, bei etwa 90 Fällen von Leberverhärtung und bei 2 Fällen von jähem Leberschwund beobachtet, insbesondere beim Stärkerwerden der Gelbsucht. Der Duft entströmte dem Mund des Kranken mit der Atemluft. Doch hatte der Verfasser in zwei Fällen mit stärkster Ausprägung auch den Eindruck, daß auch die Hautausdünstung den Geruch führe. Stets handelte es sich um unzweifelhaft schwere Krankheitsfälle. Über den diagnostischen Wert sagt er: Wenn wir heute einem Geruch keinen bestimmten stofflich bekannten chemischen Körper zuschreiben können, sondern nur die Geruchsähnlichkeit vorfinden, so gibt uns dies nicht die gewünschte Sicherheit, schon gar nicht im Unterrichte der Anfänger. Nach diesen, allerdings seltenen Ausnahmen (Fälle von Magenkrebs, wo Pichler ebenfalls den bezeichneten Geruch wahrgenommen hatte), wage ich es nicht mehr — im Gegensatz zu früher gehaltenen Vorträgen auf den Geruch allein hin den Bestand einer Gelbsucht anzunehmen.

1922.

Erblichkeit des Sternalismuskels.

(Zeitschrift f. d. gesamte Anatomie, II. Abt. Bd. 9, H. 1.)

Nach Nicolaus-Krause ist der Sternalismuskel erblich. Diese Behauptung hat Pichler nachzuprüfen gesucht und dabei in vier Familien mehrfaches Vorkommen des Muskels beobachtet.

1923.

Narbenbrücken in den Zwischenfingerspalten bei Kuhmägden.

(Wiener klinische Wochenschrift 1923, Nr. 48.)

Die offenen Finger der Kuhmägde entstehen manchmal durch Schrunden und Fisteln, hervorgerufen durch von Kuheuter stammenden Härchen, welche unter die Haut gelangen und Eiterung verursachen, meist zwischen Mittel- und Gold- oder Zeigefingern. Als Endausgang der Entzündung entstehen Narbenbrücken. Die Narben nehmen nicht die ganze Tiefe der Zwischenfingerspalten ein, sondern nur den dem Fingerrücken benachbarten Bereich. Es dürfte gleich anderen „Berufszeichen" wohl auch das obige Leiden in einiger Zeit zu den aussterbenden zu zählen sein, da es nur hartnäckiger Vermeidung von ärztlicher Hilfe seine Entstehung verdankt.

Man vergleiche dazu Ullmann-Oppenheim-Rille „Schädigungen der Haut", Bd. II, Abb. 146 (aus der Sammlung Pichler-Klagenfurt).

1923.

Über Muskel-Fettgeschwülste.

(Wiener klinische Wochenschrift 1921, Nr. 50.)

Pichler beschreibt aus seiner Krankenabteilung 5 Fälle eigener Beobachtung: Ihre Fettgeschwulstnatur wurde bei der Leichenöffnung, bzw. nach Entfernung einwandfrei festgestellt. Bezüglich ihrer Häufigkeit meint Verfasser, daß Fettgeschwülste sich nicht so selten im Muskel finden, wenn man nur daraufhin regelmäßig fahndet und die Träger veranlaßt, sich die Knoten herausschneiden zu lassen, auch wenn die kleine Geschwulst ihnen nicht lästig fällt, was ja gewiß die Regel darstellt.

1924.

Über Bicepsrisse.

(Als Manuskript vorhanden.)

Pichler schildert das bezeichnende Bild dieser Muskelveränderung: Während in der Regel in der Muskelruhe des liegenden Oberarms am untern Rand des Deltamuskels eine gleichmäßige Rundung der vorderen Oberarmfläche durch diesen Muskel zu bemerken ist und die Scheidung desselben in seine zwei Köpfe sich nur bei strammer Zusammenziehung durch eine seichte Längsspalte erkennen läßt, so fällt bei diesen Personen schon in der Ruhe eine Einsenkung auf, eine Stufe zwischen dem Deltamuskel und zwischen dem äußeren, seitenständigen (lateralen) Kopf des Armbeugers. Noch klarer wird der Sachverhalt, wenn der Untersuchte den Muskel anspannt, wen man ihn gegen Widerstand arbeiten läßt. Dann treten der kurze Muskelwulst und das freie Sehnenstück völlig deutlich zutage. Pichler belegt dieses Nachweisverfahren mit einer photographischen Aufnahme.

1925.

Verfärbung von Haut und Nägeln der Finger durch pflanzliche Stoffe.

(Wiener Archiv für innere Medizin, X. Bd., 1925.)

Schon an der Klinik von Jaksch hatte Pichler als Assistenzarzt die Anregung empfangen, auf Krankheitsveränderungen durch Beruf und täglich Arbeit zu achten. Später hat er in diesem Sinne weitergeforscht. Mit diesem Aufsatz will er auf umgrenztem Gebiet seine langjährigen Beobachtungsergebnisse mitteilen. Er unterscheidet scharf zwischen einfacher Auflagerung, dem eigentlichen Arbeitsschmutz, und der mehr oder minder dauerhaften Verfärbung der Oberhautzelle und den Färbungen im bindegewebigen Teil der

Haut, den beruflichen Tätowierungen und Einsprengungen. Seine Mitteilungen beschränken sich allein auf die Oberhautveränderungen. Pichler teilt zunächst seine Beobachtungen betreffend Oberhautfärbungen durch die verschiedenen Holzarten mit. Er lehnt die von früheren Autoren behauptete Gelbbraunfärbung der Nägel bei Tabakarbeiterinnen ab und gibt diese nur zu, wenn die Betreffenden zugleich Raucher sind. Für Verfärbungen sind nur die bei der Verbrennung des Tabaks (Zigarettenraucher) entstehenden Körper verantwortlich zu machen; durch ledigliche Berührung der Haut mit Tabak entsteht keine Veränderung.

1926.

Die Entzündung der Speichelgänge bei eitriger Speicheldrüsenentzündung.

(Zentralblatt für innere Medizin 1926, Nr. 47.)

Während Pichler früher das Vorkommen des Eiterflusses aus der Mundöffnung des entzündeten Speichelgangs für eine Seltenheit angesehen hatte, erklärt er es hier für sehr häufig, wenn nicht gar regelmäßig. Er sieht darin eine Stütze, um nicht voreilig zu sagen Beweis, für die seit Cruveilhier und Virchow geltende Lehre, daß unsere Speicheldrüsenentzündung keine Äußerung einer Blutvergiftung darstellt, sondern daß sie aus der Mundhöhle aufsteigt, daß sie gewissermaßen ein örtliches Übel bildet.

1927.

Die Fleckung der Wangenschleimhaut bei Tabakkauern.

(Wiener Medizinische Wochenschrift, 1927 Nr. 6.)

Der Verfasser gibt hier eine Erklärung für das Auftreten von Farbstoffen in den bei Tabakkauern bevorzugten Teilen der Mundschleimhaut. Nach Schuhmacher (Zeitschr. f. Anat. u. Entw.-Gesch. 1924, 73. Bd. S. 247) stellt das Verschmelzungsgebiet des Ober- und Unterkieferfortsatzes, die „Saumgegend" der Backe ein Übergangsgebiet zwischen Haut und Schleimhaut dar. Schuhmacher will diese Tatsache durch das Vorhandensein von Pigment und Talgdrüsen erhärten. Die Ursache für das Auftreten von Pigmentflecken überhaupt läge also in der Versorgung des Gebiet mit zur Farbstoffspeicherung geeigneten Zellen der Anlage nach. Der Anlaß, das Auslösende wäre speziell beim Tabakkauen der langjährige Reiz. Im Gegensatz zu seiner früheren Anschauung tritt hier Pichler für das Vorkommen von Pigmentflecken an den typischen Stellen auch auf anderer Grundlage als der des Tabakkauens und für die Möglichkeit der Flüchtigkeit des Erscheinens auch der Pigmentfleckung ein, ähnlich wie bei Leukoplakie.

1928.

Die Kärntner Landes-Wohltätigkeits-Anstalten.

Die Schrift enthält einen Bericht über die Geschichte und den Stand des Landeskrankenhauses Klagenfurt:
24 Ärzte, 864 Betten.
Seit 1922: Röntgenabteilung,
seit 1926: Bakteriologische Anstalt.

1929.

Sprengschlagwirkung als mögliche Folge von Stauungsblutungen.

(Als unvollendetes Manuskript vorhanden.)

Aus der Literatur hat der Verfasser einzelne überzeugende Fälle zusammengetragen, die geeignet sind, einen Zusammenhang zwischen Haut- und Gewebsblutungen auf der einen Seite und mittelbaren äußeren Gewalten (Luftdruck) und innerer Muskelgewalt (Fallsucht) auf der anderen Seite wahrscheinlich zu machen. Pichler fußt dabei auf einer eigenen 12mal wiederholten Beobachtung an einer 42jährigen fallsüchtigen Frau, auf Mitteilungen von Georg Perthes aus dem Jahre 1899 über ausgedehnte Blutextravasate infolge Kompression des Thorax; auf Erfahrungen von Eduard Lang aus dem Jahre 1912; auf Brouardels Werk über Explosion von gerichtsmedizinischem Standpunkt aus (1897); endlich auf Eduard Hofmann, der in seinem „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin" (1891) die Beobachtung kleiner Extravasate mitteilt, die offenbar nicht durch direkte Gewalt sondern durch Erschütterung entstanden sind.

Als Beispiel sei angeführt das Erlebnis des französischen Generals M. de Marbot in der Schlacht von Preußisch-Eylau am 8. Februar 1867. Eine Kugel schlug dem General, der zu Pferde war, die hintere Spitze seines Hutes durch: „Die Erschütterung war umso furchtbarer, als der Hut durch ein starkes ledernes Sturmband unter meinem Kinn festgehalten war und dadurch dem Schuß umsomehr Widerstand geboten hatte. Ich fühlte mich völlig vernichtet, ohne jedoch dabei vom Pferde zu fallen. Das Blut schoß mir aus Nase und Ohren, ja selbst aus den Augen. Dabei hörte und sah ich trotzdem; ich verstand alles und war Herr meiner geistigen Fähigkeiten, dagegen waren meine Glieder dermaßen gelähmt, daß ich nicht imstande war, nur einen Finger zu rühren. Der den Schuß begleitende Luftdruck hatte eine so gewaltige Blutunterlaufung zur Folge gehabt, daß ich im Gesicht und bis über die Schulter und die Brust hinab ganz schwarz aussah. Das an meinem Oberkörper in das Gewebe getretene Blut wurde almählich aufgesogen, und meine

Haut nahm wieder ihre natürliche Farbe an." Der General hebt ausdrücklich hervor, daß er mit Ausnahme am linken Arm nirgends eine Verwundung hatte.

Noch überzeugender für eine solche Blutung spricht das Erlebnis des Artilleriehauptmanns von Grävenitz in der Schlacht von St. Privat am 18. Aug. 1870. Er stand nach seiner Gewohnheit breitbeinig da, den Feind durch das Glas beobachtend. Da fährt ihm eine Granate zwischen beiden Füßen durch und reißt ihm durch den Luftdruck so die Beine nach hinten fort, daß er einen Purzelbaum nach vorne macht. Der Beobachter dieser Szene fährt fort: „Man hielt ihn für tot. Er kam aber bald wieder zu sich und kommandierte seine Batterie weiter. Nur schmerzten ihn die Beine noch mehrere Tage sehr und waren auf der inneren Seite wie durch Schläge blau und schwarz, ohne daß er eine Wunde gehabt hätte, oder auch nur die Hose zerrissen gewesen wäre."

Literatur.

Deutsche Kärntner Landeszeitung, Freie Stimmen.
48. Jahrg. 28. Juli 1928.
49. Jahrg. 15. März 1929.

Fischer Isidor: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten 50 Jahre. Wien 1933.

Fossel Viktor: Die medizinische Fakultät in Graz, Graz 1933.

Gerhardt Karl: Lehrbuch der Auskultation und Perkussion, Tübingen 1866.

Gurlt: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Wien und Leipzig 1884.

Hippokrates: Die Volkskrankheiten, übersetzt von Prof. Dr. Georg Sticker, Leipzig 1923.

Knappitsch: Otto Rembold in „Mitteilungen der Ärzte in Steiermark", 4. Jg. 1904.

Sticker Georg: Dr. Karl Pichler, in Sudhoffs Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften. 28. Bd. Leipzig 1929.

Sudhoff Karl: Paracelsus, ein deutsches Lebensbild. Leipzig 1936.
— Theophrast von Hohenheim. Sämtliche Werke. München 1931.

Herrn Prof. Dr. Georg Sticker bin ich für die Mitteilung des Briefwechsels Pichler-Sticker, sowie der gedruckten und ungedruckten Werke Karl Pichlers zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Dissertation, Eugen Scherb, katholischer Konfession, Sohn des Bauern Johannes Scherb und dessen Ehefrau Josefa geb. Beutel, wurde am 13. Juli 1907 in Wennedach (Württemberg) geboren. Er besuchte sieben Jahre die Volksschule seiner Heimat, danach die mittlern und obern Klassen der höhern Schule in Rottweil, Biberach und Ulm. Im Frühling 1928 bestand er die Reifeprüfung am Realgymnasium in Ulm. Im Mai 1928 wurde der Verfasser bei der Medizinischen Fakultät an der Universität Rostock eingeschrieben. Mit langen Unterbrechungen, während deren er als Werkstudent und Lehrer tätig war, studierte er 1928 und 1931 in Rostock, 1932 und 1934 in Kiel und später in Würzburg Medizin. Er bestand im Herbst 1934 in Kiel den naturwissenschaftlichen und im Sommer 1936 in Würzburg den anatomisch-physiologischen Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung. Er beabsichtigt, sich im Frühling 1939 der ärztlichen Prüfung zu unterziehen.

Ehrenwörtliche Versicherung.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt, auch keine andern Quellen und Hilfsmittel als die darin angeführte Literatur benutzt habe.

Eugen Scherb.